

Arbeidsnotat

Working Paper

2012:1

Lars Rønhovde

Innovasjon i offentlig sektor :
en studie av prosessene knyttet
til initiering av og iverksetting
av samhandlingsreformen i
fem kommuner på Nordmøre



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk



MØREFORSKING
MOLDE

Lars Rønhovde

Innovasjon i offentlig sektor :
en studie av prosessene knyttet til initiering av
og iverksetting av samhandlingsreformen i
fem kommuner på Nordmøre

Arbeidsnotat / Working Paper 2012:1

Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2012

ISSN 1501-4592 (trykt)
ISBN 978-82-7962-139-3 (trykt)

ISSN 1893-4897 (elektronisk)
ISBN 978-82-7962-140-9 (elektronisk)

Lars Rønhovde:

Innovasjon i offentlig sektor:

En studie av prosessene knyttet til initiering av og iverksetting av samhandlingsreformen i fem kommuner på Nordmøre

Førord

Denne rapporten ser på et prosjektsamarbeid mellom fem kommuner på Nordmøre som prøver å realisere intensjonene med samhandlingsreformen. Dette er en innovativ reform som overlater mye initiativ til kommunene og helsetjenesten selv når det gjelder den konkrete realiseringen av reformen. Prosjektet setter hovedfokus på helhetlige pasientforløp, og vi prøver i dette prosjektet å følge prosessene rundt utvikling og implementering av disse. På nåværende tidspunkt er disse forløpene ennå ikke implementert i de enkelte kommunene, og vi har derfor hovedfokus på utviklingen av de tre forløpene som er valgt ut i prosjektet. Vårt prosjekt er definert som et følgeforskningsprosjekt.

Denne rapporten er skrevet av Lars Rønhovde, men flere fra det samfunnsfaglige miljøet ved Høgskolen i Molde har deltatt, blant annet i forbindelse med datainnsamling og diskusjoner om faglig og empirisk fokus. Dette gjelder: Dag Magne Berge, Ingunn Gjerde og Turid Aarseth. I tillegg har masterstudentene Janny Meese og Inger Stokke vært bidragsyttere. Janny i forbindelse med innsamling, bearbeiding og utvikling av kvalitative data knyttet til prosjektprosessen, Inger i forbindelse med datainnsamling ved helseforetaket.

Dette er et delprosjekt knyttet til prosjektet ”Forskning og innovasjon i offentlig sektor i Midt-Norge.” Prosjektet er finansiert som et forprosjekt av RFF Midt-Norge. Prosjektet har opprettet en egen hjemmeside (<http://hist.no/fios/>), der alle rapportene vil bli å finne i ti år framover.

Molde 21.5.12

Lars Rønhovde

Innhold

Forord	1
1. Tema for studien	3
2. Kort presentasjon av innovasjonsprosjektet.....	4
3. Organisering av innovasjonsprosjektet	5
4. De involverte kommunene	7
5. Hva er innovasjon?	9
6. Hvordan oppstår innovasjoner i organisasjoner?	10
7. Metodiske opplegg og en presisering av forskningsspørsmål	13
8. Hva viser undersøkelsen ved de to sjukehusene?	16
9. Arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp	24
10. Hvordan er koblingen mellom det som skjer i gruppene og det som skjer i kommunene?..	26
11. Hvordan karakterisere innovasjonsprosjektet så langt?	28
12. Noen avsluttende kommentarer og nye forskningsspørsmål	31
Referanser.....	33

1. Tema for studien

Dette er et delprosjekt knyttet til prosjektet ” Forskning og innovasjon i offentlig sektor i Midt-Norge.” Prosjektet er finansiert som et forprosjekt av RFF Midt-Norge.

I prosjektsøknaden ble følgende to problemstillinger formulert:

- *Hvilke forskningsbaserte innovasjonsmuligheter finnes med hensyn til å utvikle en bedre organisering, styring og ledelse i kommunal og fylkeskommunal tjenesteproduksjon?*
- *Hvilke forskningsbaserte innovasjonsmuligheter finnes med hensyn til å utvikle og implementere bedre IKT-løsninger i kommunal og fylkeskommunal tjenesteproduksjon?*

Det overordnede målet for denne delstudien har vært å framskaffe kunnskaper om hvordan potensielt innovative reformer, her knyttet til samhandlingsreformen i helsevesenet, skaper grunnlag for innovative prosesser, knyttet til utvikling og iverksetting av reformene, og hvordan betingelsene er for institusjonalisering av disse eventuelle innovasjonene. Den prosessen vi her har valgt å følge er ennå i en utviklingsfase og det har derfor ikke vært mulig for oss å si noe konkluderende om institusjonalisering av reformen, men vi må nøye oss med å peke på faktorer som kan påvirke denne institusjonaliseringen.

Samhandlingsreformen ble formelt iverksatt fra 1.1.2012 og har som mål å utvikle et bedre helsetilbud basert på nye samarbeidsmåter mellom kommuner og sjukehus. Pasientenes behov for koordinerte tjenester er et sentralt punkt og reformen bygger på en forståelse av dagens system som fragmentert, komplekst og med mangelfull kontaktflate mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (St.meld. nr 47 2008 - 2009). Samhandlingsreformen generelt og det studerte prosjektet (heretter kalt innovasjonsprosjektet) spesielt vil kreve omstillinger både i helseforetak og kommuner, og danner derfor en fruktbar ramme for studie av innovasjon i praksis.

Samhandlingsreformen har to hovedelementer:

- Økt vektlegging av forbyggende arbeid for å hindre at folk blir syke, eller intervensjoner på svært tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet. Dette gjelder både innen somatisk og psykisk helse.
- Kommunene skal behandle flere pasientgrupper som i dag legges inn i sjukehus og behandle "før, i stedet for og etter" sjukehus.

Reformen er tidstypisk for hvordan statlige reformer overfor kommunene blir gjennomført på ved at den legger opp til at kommunene har stor frihet med hensyn til valg av organisatoriske løsninger. Det betyr at det kan finnes ulike løsninger relatert til intensjonene i reformen, avhengig av lokale forhold og ulike tolkninger av reformkonseptet. Reformen legger altså opp til stor grad av kreativitet og reformlojalitet på det lokale nivået. Vi står her overfor en reform som ikke bare legger opp til stor grad av lokal tilpasning i gjennomføringen, men som også innebærer stor grad av tolking av reformen og de intensjonene som ligger der. Vi får en kombinasjon av fortolkning og organisatorisk fleksibilitet. Spørsmålet er hvordan kommunene løser dette gjennom de pågående prosessene. En interessant problemstilling her vil gå på hvilke virkninger den lokale kommunale konteksten har på disse prosessene, for eksempel hvordan politisk og administrativ organisering får betydning for form og innhold i innovasjonsprosjektet. For eksempel kan det være interessant å se på om en avvikling av sektoradministrasjonene og de politiske sektorstyrene har noen betydning for de interne innovasjonsprosessene i de enkelte kommunene (Rønhovde 2012). I denne rapporten vil vi først og fremst se på hvordan organiseringen av samarbeidsprosjektet påvirker prosessene.

2. Kort presentasjon av innovasjonsprosjektet

Kommunene Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Kristiansund og Smøla har sammen med Helse Nordmøre og Romsdal, i dag Helse Møre og Romsdal, startet et prosjekt med sikte på å utvikle nye og bedre helhetlige pasientforløp innen eldremedisin og smertebehandling. Prosjektet er en del av arbeidet for økt innovasjon i offentlig sektor og er delfinansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Høgskolen i Molde er også knyttet til prosjektet ved at Avdeling for helse- og sosialfag har et medlem i styringsgruppen.

Vår rolle i prosjektet har vært å være følgeforskere. På denne måten sørger vi for en viss avstand til de ulike aktørene i prosjektet, samtidig som vi kan være opplyste samtalepartnere for prosjektet gjennom at vi kan komme med forskningsbasert kunnskap til prosessen.

Det operative hovedfokus i prosjektet er å etablere helhetlige pasientforløp innenfor utvalgte områder. Dette er i samsvar med målsetningene i samhandlingsreformen. I tillegg til å møte samhandlingsreformens krav har prosjektet også forankring i Helse Midt-Norges “Strategi 2020”, og de fleste av deltakerkommunenes helse- og omsorgsplaner. Etablering av såkalte helhetlige pasientforløp innebærer at det blir utviklet modeller og rutiner for forløp fra pasienten blir sjuk til pasienten er tilbake til hjemmet/ institusjonsplass i kommunen, og gjennom å prøve disse forløpene ut i praksis. Dette krever fokus på å utvikle behandlingsplasser i kommunene og kompetanse knyttet til disse. En skal her etablere et system som skal fungere som et helhetlig system basert på en samordning av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at to ulike system må møtes og må samhandle. Aktuelle strategier har vært en form for nettverk mellom de ulike tjenestene der en kan ha en form for hospitering både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I dette ligger det også en form for profesjonssamarbeid på tvers av nivå og arbeidsoppgaver.

For å dekke opp de nye kravene og forventningene sikter innovasjonsprosjektet seg inn mot oppbygging av spisskompetanse i enkelte kommuner, og etablering av et system for pasientflyt mellom kommuner ved over/ underkapasitet. Her ser vi konturene av en interkommunal spesialisering som i seg selv er en interessant form for innovasjon.

Et sentralt mål for innovasjonsprosjektet er å dele erfaringer og kunnskaper på tvers av yrker og nivå. Denne erfaringsutvekslingen knyttet opp mot de helhetlige pasientforløpene er ment å skape grunnlag for ny innsikt og bedre samhandlingsformer som kan danne grunnlag for både utvikling og institusjonalisering av innovasjoner i de enkelte kommunene.

De pasientforløpene en har valgt å fokusere på i denne prosessen er: Rehabilitering etter brudd i øvre lårben, KOLS og smertelindring ved cancer. Det er startet arbeid med de to første pasientforløpene. I gruppene sitter det representanter for kommunehelsetjenesten de enkelte kommunene sammen med en representant for helseforetaket.

3. Organisering av innovasjonsprosjektet

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe på toppen. Denne er sammensatt av en representant fra hver kommune. Disse representerer alle det administrative ledernivået i kommunene. Helseforetaket er representert ved en representant for den administrative

I tillegg til denne oversikten kommer altså de gruppene som arbeider med å etablere standardiserte pasientforløp innen de tre områdene: Brudd i øvre lårbein, KOLS og smertelindring ved cancer.

4. De involverte kommunene

Initiativet til denne prosessen kom fra kommunene Tingvoll, Averøy og Gjemnes. Senere sluttet også Smøla og Kristiansund seg til prosjektet. Initiativet kom verken fra politikere eller representanter for kommunehelsetjenesten, men fra det administrative ledernivået. Det var altså først og fremst et rådmannsinitiativ.

Nedenfor har vi tatt med en tabell som viser folketallet i de fem kommunene:

Tabell 1: Folketall i kommunene

	Totalt antall innbyggere	Antall innbyggere > 70 år	Andel i prosent (%)
Averøy	5477	645	11,8
Gjemnes	2599	330	12,7
Kristiansund	23238	2478	10,7
Smøla	2143	353	16,5
Tingvoll	3071	469	15,2

TABELL 1. Antall innbyggere over 70 år. År 2010.

Kilde: Fylkesstatistikk 2010 Møre og Romsdal, Møre og Romsdal fylkeskommune

De involverte kommunene er stort sett relativt små, med unntak for Kristiansund som er en relativt stor kommune. Det er påfallende for prosessen at det var Kristiansund kommune som sluttet seg til prosjektet til slutt. Dette kan tyde på at det var de mindre kommunene som opplevde sterkest behov for et samarbeid slik at de kunne utnytte ressursene sine mest mulig effektivt. De opplevde rett og slett at de hadde for lite å stille opp med hver for seg i møte med en stor og potensielt ressurskrevende reform.

Nedenfor har vi tatt med en tabell som viser sjukehusforbruk i de involverte kommunene for aldersgruppen over 70 år. Dette er den gruppen med størst behov for sjukehjemsplass og rehabilitering innen den kommunale helsetjenesten.

Tabell 2: Sjukehusforbruk i kommunene

Kommuner	Andel av befolkningen >70 år	Andel av innleggelser i sykehus. >70 år	Prosent av liggedagene >70 år	Prosent av overliggedager som "utskrivningsklare pasienter i sykehus" >70 år
Averøy	11,8 %	34 %	39 %	90 %
Gjemnes	12,7 %	36 %	40 %	100 %
Kristiansund	10,7 %	32 %	31 %	59 %*
Smøla	16,5 %	34 %	39 %	82 %
Tingvoll	15,2 %	37 %	40 %	89 %
Møre og Romsdal	11,8 %			

Tabell 2. Aldersgruppen 70 + andel av befolkningens størrelse og forbruk av sykehustjenester beregnet som prosentandeler. År 2010.

*For Kristiansund var det i 2010 to pasienter med henholdsvis 160 og 245 overliggedøgn som ga stort utslag i statistikken. Ser man bort fra disse to pasientene utgjør gruppen 70+ 81 % av overliggedagene.

Tabellen viser at de fleste av kommunene som deltar i prosjektet har relativt mange eldre i sin befolkning. Kristiansund skiller seg klart ut ved at det er den eneste av kommunene som har

færre eldre i sin befolkning enn gjennomsnittet for hele Møre og Romsdal. Spesielt Smøla og Tingvoll har en høy andel eldre i sin befolkning. Det er også som forventet at den eldre befolkningen har flere liggedøgn på sjukehus enn deres andel av befolkningen skulle tilsi. Enda mer interessant i vår sammenheng er det at de som er over 70 år utgjør det alt vesentlige av såkalte overliggedager for utskrivningsklare pasienter. Dette viser tydelig at det er her skoen trykker i forhold til mottakskapasiteten i de enkelte kommunene. Dette viser også at det her er et behov for forbedringer og kapasitetsøkning, uavhengig av statlige reformer.

5. Hva er innovasjon?

Innovasjon har lenge vært et sentralt tema innen markedsbasert virksomhet, spesielt rettet inn mot industri- og vareproduksjon. De senere åra har vi sett en økende tendens til at en også har begynt å snakke om innovasjon i offentlig sektor. Bakgrunnen for dette er blant annet et ønske om å være mer kostnadseffektive, samtidig som en ønsker kvalitetsforbedringer.

Reformer i offentlig sektor er ikke noe nytt. Etterkrigstiden har vært fylt opp med en rekke reformer både i forhold til innholdet i offentlig politikk og når det gjelder organisasjonsformer. Mye av dette kan sikkert omtales som innovasjoner, men disse reformene har ikke blitt omtalt som innovasjon rett og slett fordi en har oppfattet dette som et begrep forbeholdt markedsorientert virksomhet, og da spesielt knyttet opp mot industriproduksjon.

Det som skiller markedsbasert virksomhet fra offentlig virksomhet er at det offentliges inntekter i hovedsak er basert på skatter og avgifter, mens den markedsbaserte virksomheten henter sine inntekter fra salg av varer og tjenester på markedet. Mens den offentlige virksomhet får sine inntekter bestemt av politiske og demokratiske prosesser, er det etterspørselen av varer og tjenester på markedet, kombinert med egen kostnadseffektivitet, som bestemmer inntjeningen for markedsaktørene. Spesielt i forhold til vareprodusenter er det en motivasjon hele tiden å ligge i forkant av konkurrenten når det gjelder nytenkning og effektivitet slik at de kan ta ut en ekstragevinst som kan forbedre deres konkurransesituasjon i forhold til konkurrentene (Schumpeter 1934). Dette betyr at det er nødvendig å si noe mer om hva vi skal forstå med innovasjon litt mer generelt, og det er framfor alt viktig å si noe om hva det betyr å drive med innovativ virksomhet i offentlig sektor.

En generell definisjon som vi kan ha som utgangspunkt her sier at innovasjoner dreier seg om å få en ide, eventuelt å få tilgang til en ny ide, utvikle den og sette den ut i livet (Van de Ven m.fl. 1999). Innovasjon kan omfatte både tekniske nyvinninger knyttet til produkt eller produksjon, og det kan være knyttet til organisatoriske og administrative nyvinninger. Ideene som danner grunnlaget for innovasjoner trenger ikke å være nye i den forstand at dette er noe ingen har tenkt på tidligere, poenget er at dette er noe som blir oppfattet som noe nytt i en spesiell organisasjon eller i en spesiell kontekst.

Når innovasjoner blir spredt rundt i samfunnet snakker vi om diffusjon. Når innovasjonene kommer inn i en ny sammenheng kan disse ideene, konseptet eller produktet utvikles på helt nye måter slik at vi over tid kan oppleve nye innovasjoner basert på den opprinnelige ideen eller det opprinnelige produktet. Vi snakker da gjerne om innofusjoner. Grunnen til slike innofusjoner kan være sammensatt. Ulike organisasjoner har sine måter å tolke og konseptualisere det de observerer på, de har også ulik kompetanse og de befinner seg i ulike kontekster. Dette fører til at de i forbindelse med realiseringen av ideen utvikler ting på en litt annen måte enn det som var tenkt opprinnelig.

Samhandlingsreformen er et politisk initiert konsept eller en ide som i utgangspunktet må oppfattes å være innovativ i sin karakter og ut fra sine intensjoner. Her legges det opp til nye samarbeidsformer og nye samhandlingsformer innen helsetjenesten, både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og det legges opp til bedre samhandling internt i kommunehelsetjenesten. Skal dette oppnås må en også få til bedre lærings- og kunnskapsdelingsprosesser, samtidig som en må bli bevisste på hvordan kompetansen må forbedres på ulike områder. Reformen ønsker å erstatte dagens system, som blir oppfattet å være fragmentert, komplekst og med mangelfull kontaktflate mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, med et mer helhetlig tilbud basert på bedre samhandling mellom ulike helsetilbud og ulike faggrupper.

6. Hvordan oppstår innovasjoner i organisasjoner?

Den som var tidligst ute med å fokusere på betydningen av innovasjon var Joseph Schumpeter. Han mente likevektsmodellene innen nyklassisk økonomisk teori bare hadde begrenset interesse, fordi likevekt var unntaket og ikke regelen i markedsøkonomien. Det var

dynamikken i økonomien som hele tiden skapte denne ubalansen. Dynamikken ble skapt av konkurransen mellom bedriftene og for å overleve måtte bedriftene være konkurransedyktige. Det viktigste konkurransefortrinnet var ikke pris, men at de var innovative (Fonseca 2002, Schumpeter 1934).

Entreprenøren spilte en sentral rolle i hans tidlige arbeider. Dette var en person eller en gruppe personer som kunne ha en ledende og strategisk posisjon i virksomheten. Ved hjelp av entreprenørens visjoner og ideer kunne bedriften få et konkurransemessig forsprang på konkurrentene, samtidig som det brakte den økonomiske virksomheten videre fordi konkurrentene måtte prøve å ta igjen det forspranget entreprenøren hadde etablert. Vi kan her snakke om økonomiske sprang, eller revolusjoner. I de senere arbeidene sine fokuserte han ikke like sterkt på entreprenøren. Han var mer opptatt av at det skjedde en form for samfunnsmessiggjøring av innovasjonsrollen blant annet knyttet til de store selskapers kontinuerlige utviklingsarbeid for eksempel gjennom egne utviklings- og forskningsavdelinger som en internalisert del av virksomheten (Teigen 2004). På denne måten ble også utviklingen mer evolusjonær. Hans økonomiske teori blir da også i dag betegnet som evolusjonær økonomisk teori.

Den evolusjonære tenkningen finner vi i dag igjen blant annet innen teorier som fokuserer på organisasjoner som kulturelle systemer (Fonseca 2002, Kanter 1988). Ifølge Kanter er innovasjoner preget av mange typer usikkerhet både når det gjelder muligheter, mål, kostnader og tidsbruk. Dessuten vil innovasjoner utfordre de etablerte strukturer og kulturer i organisasjonen. Vi kan få motstand og interessekonflikter. I stedet for et strømlinjeformet rasjonelt planleggingssystem finner vi sosiale systemer der atferden er preget av kulturelle og interessemessige motsetninger noe som også kan skape grunnlag for at innovative prosesser kan bli motarbeidet. Ifølge Kanter ligger løsningen her i å skape en felles kultur og visjon i organisasjonen. Det er ledelsens oppgave å skape denne kulturen, og det er den karismatiske lederens oppgave å få de ansatte til å identifisere seg med ledelsens visjoner (Fonseca 2002).

Noe av problemet ved Kanter sin posisjon er at det er tendenser til at hun både ser på lederen som en aktør som står utenfor organisasjonen og som kan bruke organisasjonen som et instrument for å realisere sine visjoner, samtidig er lederen også en del av organisasjonen som blir framstilt som et organisk system preget av sterke kulturelle identiteter og interessekonflikter. Vårt alternativ til dette vil være å anlegge et kommunikativt perspektiv

på innovasjon (Fonseca 2002). Innovasjon er slik Fonseca ser det noe som oppstår i kommunikasjon og samhandling mellom mennesker i en organisasjon eller i andre sosiale settinger. Innovasjonen starter når ny innsikt kommer til syne, noe som skjer i kommunikasjonsprosesser preget av en blanding av forståelse og missforståelser. Denne blandingen av forståelse og missforståelse skaper en uorden som krever oppklaring. For å få til gode kommunikative læringsprosesser i organisasjoner kreves det at folk har tillit til hverandre og at folk kan snakke sammen og samhandle på tvers av strenge formelle grenser knyttet til arbeidsdeling og kommunikasjon. Innovasjon blir dermed noe som blir utviklet av mennesker i en sosial setting preget av kommunikasjon og læring og ikke noe som kan styres eller planlegges utenfra. Ledelsens oppgave i en slik sammenheng blir da å sikre gode vilkår for samhandling, tillit og kunnskapsutvikling i organisasjonen, eller mellom organisasjon og omgivelser.

Innen teorier om læring i organisasjoner snakker en i dag gjerne om å skape lærende organisasjoner (Nonaka 1994, Senge 1990). Et viktig moment ved lærende organisasjoner som Nonaka peker på, er at det skapes tillit. Tillitskapende arbeid er, i følge Nonaka, først og fremst en lederoppgave. Dessuten må en sikre at det på alle nivåer i organisasjonen både finnes en viss grad av spesialisering og at det er overlapp i kunnskaper og oppgaver. På denne måten sikrer en seg at kommunikasjonen blir meningsfull ved at aktørene har en felles plattform. Samtidig er det behov for kunnskapsdeling fordi aktørene har litt ulike oppgaver, erfaringer og kompetanse. Dette sikrer også at kommunikasjonen blir preget både av forståelse, manglende forståelse og missforståelse. Manglende forståelse og missforståelser krever oppklaring, noe som fordrer kommunikative prosesser som kan bidra til kunnskapsdeling og læring.

Innen helsesektoren finnes det faggrupper med ulike erfaringer og kunnskaper som forventes å samhandle for å realisere intensjonene i samhandlingsreformen. Det finnes også ulike oppgaver og kontekster knyttet til ulike tjenestenivåer som gir ulike erfaringer og innsikter. Dette innebærer at kommunehelsekonteksten og spesialisthelsekonteksten skaper grunnlag for ulike erfaringer og kunnskaper som aktørene har med seg inn i reformarbeidet, og som former deres oppfatninger om denne reformen.

Skal en realisere dette er det vårt utgangspunkt at en må få til samhandling basert på kunnskapsdeling og læring. Prosjektet er i tråd med et kunnskapssentrert perspektiv på

innovasjon i offentlig sektor (Lundvall og Johnsen 1994, Fagerberg m.fl. 2009). Innovasjon forutsetter deling av kunnskap – og på den måten overføring av ressurser mellom aktører (Polyani 1966, Nonaka og Takeuchi 2005). Denne kunnskapsdelingen skjer innen bestemte kontekster, praksisfellesskap, institusjonelle rammer og politiske strukturer (Bjarnar et al 2001). Disse påvirker blant annet mulighetene for å overføre og implementere erfaringsbasert og formell kunnskap mellom aktører (Lam 2000, Johnson og Lundvall 2002).

Med grunnlag i det som her er presentert vil vårt utgangspunkt for denne studien være å se på hvordan kommunene og helseforetaket griper fatt i samhandlingsreformen. Hvordan oppfatter de reformen og på hvilke arenaer blir skapt for læring og innovasjon? Blir det lagt til rette for kunnskapsdeling, læring og innovasjon innenfor de enkelte tjenestene, og ikke minst mellom de ulike tjenestene. Hva er det som kjennetegner disse arenaene når det gjelder deltakelse og problemoppfatninger? Er det slik at noen har større definisjonsmakt enn andre eller er det slik at dette er en helt åpen prosess der ulike erfaringer og kunnskaper blir vurdert?

7. Metodiske opplegg og en presisering av forskningsspørsmål

Da vi i august 2011 skulle formulere våre foreløpige forskningsspørsmål, var det ennå ikke helt klart hvordan framdriften i innovasjonsprosjektet ville bli. Det viser seg nå at implementeringen av pasientforløpene i de enkelte kommunene først skal gjennomføres etter at det er etablert en felles plattform for helhetlige pasientforløp i de involverte kommunene.

Framdriften og veivalgene i innovasjonsprosjektet har påvirket våre forskningsspørsmål og valg av metodisk tilnærming. Vårt generelle utgangspunkt for undersøkelsen av hele prosjektet vil fortsatt være følgende:

- Hva hemmer og hva fremmer deling av kunnskap og interaktiv læring i helsetjenesten?
- Hva er betingelsene for institusjonalisering av innovasjoner i helsetjenesten?

Det siste er spørsmålet kan, som vi allerede har nevnt, først besvares når kommunene har implementert pasientforløpene i sin egen kommune og har erfaringer fra samhandlingen både horisontalt og vertikalt. Innen den tidsrammen vi har i *dette* prosjektet er det klart at hovedfokus vil ligge på det første spørsmålet, og vi har konkretisert dette i form av to underproblemstillinger:

- Fører prosessene rundt helhetlige pasientforløp til at vi får nytenkning og innovasjon med grunnlag i dialog og kommunikative prosesser, eller skjer det en standardisering med grunnlag i etablerte yrkesmessige og statusmessige relasjoner?
- Framstår reformen som en kontraktsreform, eller skaper den grunnlag for innovative prosesser? I dette ligger det et spørsmål om reformen framstår med klart forhåndsdefinerte standarder og normer for hvordan ting skal gjøres, eller hvem som har legitime kunnskaper om dette, eller om dette er ting som en helt eller delvis kan utvikle gjennom prosessen, med grunnlag i ulike typer kompetanse og erfaringer.

Hvilken rolle den kommunale konteksten spiller for implementeringen har vi, med bakgrunn i innovasjonsprosjektets framdrift, valgt å ta ut av dette prosjektet. Dette vil vi imidlertid følge opp innen andre prosjektrammer, noe som blir omtalt avslutningsvis i rapporten. Vi har skaffet oss en oversikt over administrativ og politisk organisering i de involverte kommunene.

Med bakgrunn i innovasjonsprosjektets tidslinje har vi justert det metodiske opplegget. Vi fant det relativt meningsløst å gjennomføre detaljerte kartlegginger av praksisfeltet i den enkelte kommune før en hadde startet arbeidet med iverksetting av pasientforløpene. Vi har heller valgt å delta som observatører i de prosessgruppene som er opprettet. I tillegg er vi fortsatt observatører i styringsgruppen for prosjektet og vi har observert arbeidet i prosjektgruppen. Framdriften i prosjektet kan da skisseres på følgende måte:

Datainnsamling/delprosjekter	Status per 16.4.2012
Observasjon av prosjektets initiering, avgrensning og etablering	Fulgt møter i styringsgruppen fram til d.d. Fortsetter ut prosjektperioden.
Spørreundersøkelse blant ansatte ved sykehusene i Molde og Kristiansund.	Gjennomført i januar 2011. Resultatene ble presentert for styringsgruppa 13.5.2011.
Observasjon av arbeidet i prosjekt- og prosessgrupper.	Blanding av direkte observasjon og referatbasert analyse fram til d.d. Fortsetter ut prosjektperioden.
Litteratur- og prosjektstudier	Arbeid med gjennomgang og systematisering av forskningslitteraturen

	vil fortsette ut prosjektperioden.
Utarbeidelse av oversikt over prosjektkommunenes organisering og ressurser innen helse- og omsorgstjenestene.	Notat oversendt prosjektleder i slutten av november.

I styringsgruppen har vi først og fremst vært opptatt av å følge den overordnede strategien for prosjektet. I tillegg til referat fra møtene har vi også gjort egne notater med grunnlag i møtene.

Møtene i gruppene som arbeider med helhetlige og standardiserte pasientforløp har vi først og fremst vært opptatt av å observere tolkningen av prosjektets formål og rammer, slik dette har blitt formidlet og har blitt forstått av deltakerne. Dessuten har disse prosessene åpnet opp for erfaringsutveksling, kunnskapsdeling og fortolkning av egen rolle relatert til den operative virksomheten i kommunene og samhandlingen med helseforetaket. Vi baserer oss også her på referat fra møtene, men her har det vært svært viktig å bruke egne notater og refleksjon over kommunikasjonen i gruppene. Foreløpig er det de to gruppene som jobber med brudd i øvre lårbein og KOLS som er startet opp.

Spørreundersøkelsen ved sjukehusene i Kristiansund og Molde ble gjennomført i januar 2011 konsentrerer seg om kreftbehandling. Populasjonen ble her bestemt ved at alle sykehusansatte ble bedt om å vurdere om de befant seg i målgruppen:

”Ansatte som arbeider med voksne kreftpasienter i Helse Nordmøre og Romsdal bes svare på spørreskjemaet; avdelingssjefer og enhetsledere, leger, sykepleiere, prest, sosionom, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, psykolog, fysioterapeut, eventuelt andre.

Det er ønskelig at ikke bare de som har hovedfokus på kreftpasienten svarer, men også alle de som noe sjeldnere er i befatning med kreftpasienter.

En ber spesielt om at ledere som har ansvar for enheter som behandler kreftpasienter tar seg tid til å svare. Du må selv avgjøre om du er i målgruppen som skal svare på spørreskjemaet.”

66 ansatte svarte på spørreskjemaet, av de som oppga stillingstype var det 13 som oppga at de hadde avdelingslederansvar eller at de var enhetsledere og 50 var ansatte uten lederansvar.

Det var 30 sykepleiere og 22 leger med i undersøkelsen, resten av respondentene hadde annen fagbakgrunn. Svarene var relativt jevnt fordelt mellom de to sjukehusene.

Det er vanskelig å vurdere frafallet i en slik selvbestemt populasjon, men i utgangspunktet hadde vi forventet en noe større respons. Det er mulig at oppslutningen om undersøkelsen kan ha blitt påvirket av den spente situasjonen som har eksistert en tid innen regionen i forhold til planene om sjukehusutbygging i Molde og funksjonsfordeling mellom de to sjukehusene.

Dette har skapt en situasjon med generell misstillit både mellom de to sjukehusene og mellom ansatte og ledelse.

Vi har definert dette som et følgeforskningsprosjekt. Dette mener vi samsvarer bra med intensjonene bak dette institusjonsprosjekt, der det er forventet at vi skal studere innovasjon i offentlig sektor.

Følgeforskning innebærer at forskningsinnsatsen skal skje i nær dialog med prosjektet og de som prøver å realisere dette. Vi skal bidra til et godt kunnskapsgrunnlag for utforming av nye samarbeidsformer og pasientforløp. Men det er viktig å understreke at følgeforskningen ikke bare kan styres ut fra prosjektinterne behov. Gjennom resultatformidling og generalisering har vi som forskere et særlig ansvar å sørge for at andre kan nyttiggjøre seg prosjektets erfaringer og resultater.

Forskning innebærer også at det settes et kritisk lys på prosjektets utvikling og mulige konsekvenser: I hvilken grad skjer en reell deling og samproduksjon av kunnskap? Kan utviklingen av helhetlige pasientforløp ha utilsiktede negative konsekvenser?

Vår rolle vil slik være sammensatt: Vi ønsker både å bidra underveis i utviklingsarbeidet med opparbeidelse av empirisk kunnskap og teoretiske perspektiver, samtidig som vi ser det som vesentlig å kunne utvikle og ivareta egne faglig problemstillinger knyttet til forskningsfeltet *Innovasjon i offentlig sektor*. På denne måten søker vi å bidra til prosjektet, samtidig som vi har en viss distanse til ulike aktørers spesielle behov for legitimering eller nærsynthet i forhold til egne interesser og egen konseptualisering av prosjektets rammer og egen posisjon.

8. Hva viser undersøkelsen ved de to sjukehusene?

I undersøkelsen blant fagpersonalet på de to sjukehusene ble det blant annet stilt spørsmål som skulle gi svar på hvordan fagpersonalet oppfattet samhandlingen og kompetansen i dag, både i kommunene, på sjukehusene og i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De fleste som deltok i undersøkelsen, 42 personer, oppga at de hadde jobbet i over 5 år ved sjukehuset. Mange hadde også jobbet ved annet sjukehus tidligere. Vi skulle ut fra dette kunne gå ut fra at de fleste har relativt omfattende erfaringer som de skulle være i stand til å reflektere over på en relevant måte.

Tabell 3: Erfaringer med behandling av kreftpasienter i prosent (N= 63)

<i>I arbeidet med kreftpasienter opplever jeg at</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
det finnes tjenlige prosedyrer som regulerer kontakten med kommunehelsetjenesten	14	13	20	27	2	25
Samhandlingsavdelingen i HNR er en viktig bidragsyter	25	13	8	11	3	41
samlet sett blir denne pasientgruppen godt ivaretatt gjennom dagens opplegg	0	2	19	43	27	10
sykehusets ambulante team er en viktig bidragsyter	0	0	11	27	47	16
kommunene er generelt sett svært fleksible mht å ta imot dårlige kreftpasienter på kort varsel	19	17	28	17	5	14
utskrivning av dårlige pasienter blir godt forberedt	2	6	25	38	17	13
det er et stort press på å skrive ut kreftpasienter for tidlig	21	25	21	10	5	19
jeg har for liten tid til den enkelte pasient	8	19	13	28	30	3
jeg mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten	19	27	25	13	11	6
innholdet i dokumentasjon som utveksles mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er presis nok	3	14	34	25	5	19
de fleste pasienter vil velge å motta lindrende behandling på sykehuset fremfor i kommunehelsetjenesten dersom de står fritt til å velge	8	9	22	19	14	28
dagens betalingsordning hemmer samordning mellom sykehus og kommunehelsetjenesten	6	5	13	6	22	48

Tabellen viser at de fleste mener å ha god eller bra oversikt over det tilbudet som finnes i eget sjukehus til denne pasientgruppen (42 % + 33 %). De fleste mener også at denne gruppen blir godt ivaretatt på undersøkelsestidspunktet, dvs. ca 10 måneder før Samhandlingsreformen skulle gjennomføres.

Det finnes svært delte meninger blant personalet om det er tjenlige prosedyrer som regulerer kontakten med kommunehelsetjenesten. Hele 25 % har ingen mening om dette i det hele tatt. Bare 2 % er svært godt fornøyd med dagens prosedyrer, mens 27 % mener de er brukbare. Om lag like mange (14 % + 13 %) er mener de ikke fungerer eller at de fungerer relativt dårlig. Relativt mange mener at kommunene er generelt sett lite fleksible i forhold til å ta i mot dårlige kreftpasienter på kort varsel. Bare 5 % mener de er svært fleksible, mens 19 % mener de er svært lite fleksible.

På spørsmål om de mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten svarer de fleste at de mottar relativt lite eller moderat med spørsmål. Bare 11 % mottar svært mange spørsmål, mens 13 % mottar relativt mange spørsmål. Dette tyder på at den faglige kommunikasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i de fleste tilfellene er relativt begrenset.

Det ble også spurt om de sjukehusansatte mente de fleste pasienter ville velge å motta lindrende behandling på sykehuset framfor i kommunehelsetjenesten dersom de sto fritt til å velge. Her var det relativt få som mente heller ville velge kommunehelsetjenesten, men det var generelt sett stor usikkerhet rundt spørsmålet. De fleste mente imidlertid at det ikke var noe spesielt stort press i retning av å skrive ut pasienter for tidlig. De fleste mener at utskriving av dårlige pasienter blir godt forberedt.

Spørsmålet om dagens betalingsordning hindrer samordning innen dette feltet av helsetjenesten viser svært stor usikkerhet. Hele 48 % svarer at de ikke er i stand til å svare på dette spørsmålet.

Det ble opprettet en egen Samhandlingsavdeling ved Helse Nordmøre og Romsdal. De fleste som deltok i denne undersøkelsen var enten usikre eller skeptiske til i hvilken grad denne avdelingen var en viktig bidragsyter til prosessen fram mot bedre samordning innenfor dette feltet.

Samlet sett mener relativt mange av de som er med i undersøkelsen og som har en mening om saken at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kunne vært bedre innen feltet kreftsykdom. Det er også påfallende at relativt mange er usikre eller svarer vet ikke, når vi spør om erfaringer med samhandling og kompetanseutveksling mellom disse tjenestene.

Dette kan tyde på at det i mange tilfeller er en begrenset samhandling mellom de ulike tjenestene slik disse har fungert fram til etableringen av samhandlingsreformen.

Undersøkelsen peker også på mulige mangler i kunnskapene om kommunehelsetjenesten. Ut fra dette har vi stilt spørsmål ved hva respondentene vet om kommunehelsetjenesten i relevante kommuner.

I denne tabellen har vi tatt med litt flere kommuner i regionen enn de som eksplisitt er med i det prosjektet vi har valgt som utgangspunkt for denne undersøkelsen. Dette gjør vi blant annet fordi de to sjukehusene er lokalisert i ulike områder og dermed går vi ut fra at de vil ha mer kunnskaper om de kommunene som ligger nærmest geografisk og so de dermed trolig vil ha mest kontakt med.

Tabell 4: Ta stilling til følgende påstander: (resultat i prosent n= 62)

<i>Jeg har tilstrekkelig <u>kunnskap</u> om aktuelle tilbud for kreftpasienter i:</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	42	17	9	3	6	22
Tingvoll kommune	34	20	11	5	8	22
Kristiansund kommune	25	13	13	14	23	13
Gjemnes kommune	38	19	8	11	5	20
Smøla kommune	41	14	8	10	5	22
Molde kommune	25	16	13	18	11	18
Misund kommune	41	16	9	8	6	20
Eide kommune	30	19	8	16	8	20
Neset kommune	38	16	11	8	6	21

Som det går fram av tabellen mener de fleste at de har relativt lite kunnskaper om aktuelle tilbud for kreftpasienter i de angitte kommunene. Det er også påfallende at relativt mange av de spurte ikke har noen mening om dette spørsmålet i det hele tatt.

Det er kanskje ikke spesielt overraskende at det er de to bykommunene Molde og Kristiansund som kommer best ut. For det første er dette de kommunene som er størst og som dermed helt naturlig har de fleste pasientene innen denne kategorien, og de har de mest omfattende kommunehelsetjenestene. De er dessuten vertskommuner for de to sjukehusene.

Vi stilte også spørsmål ved hvordan helsepersonell knyttet til helseforetaket opplevde kontakten de hadde med helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Tabell 5: Kontakt med kommunalt helsepersonell i behandling av døende kreftpasienter i prosent (N = 62)

<i>Jeg har god <u>kontakt</u> med helsepersonell om behandling av kreftpasienter i</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	35	11	10	6	8	30
Tingvoll kommune	32	6	14	6	11	30
Kristiansund kommune	27	5	14	16	16	22
Gjemnes kommune	32	8	16	14	2	29
Smøla kommune	37	8	15	7	5	29
Molde kommune	25	11	16	11	10	27
Misund kommune	29	10	16	8	5	33
Eide kommune	25	11	18	11	5	30
Neset kommune	30	8	13	10	5	34

Tabellen bekrefter det som har kommet fram i de foregående tabellene. Svært mange har ingen mening om temaet, mens er relativt klart flertall av de øvrige sier de i dag ikke har god kontakt med kommunalt helsepersonell om behandlingen. De to bykommunene kommer litt bedre ut enn de øvrige, men heller ikke disse kommer spesielt godt ut.

Tabell 6: Oppfatning om ivaretagelse av døende kreftpasienter i kommunene i prosent (N = 62)

<i>Jeg opplever at døende kreftpasienter vanligvis blir godt <u>ivaretatt</u> i:</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	2	0	6	8	13	72
Tingvoll kommune	2	2	8	13	13	64
Kristiansund kommune	2	2	6	16	23	52
Gjemnes kommune	3	0	9	11	13	64
Smøla kommune	3	0	3	16	11	67
Molde kommune	3	5	8	14	14	56
Misund kommune	3	0	10	13	14	60
Eide kommune	2	0	8	16	19	56
Neset kommune	2	0	8	14	14	62

Det mest påfallende i denne tabellen er at et relativt klart flertall av de spurte ikke hadde noen bestemt oppfatning om hvordan døende kreftpasienter blir ivaretatt i kommunehelsetjenesten. Av de som har en mening om behandlingen mener et flertall at de blir godt ivaretatt. Det er ingen spesielt markerte forskjeller mellom kommunene, men Kristiansund kommer noe bedre ut enn de øvrige.

Ut fra det som kommer fram i denne undersøkelsen så langt, er det ting som tyder på at samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan bli betydelig bedre og at det finnes muligheter for forbedringer både i forhold til kunnskaper om tjenestetilbud og når det gjelder kompetanse. Når en nå skal forsøke å få til en bedre samhandling gjennom såkalte helhetlige pasientforløp, er en avhengig av at det blir etablert en mer systematisk kunnskapsdeling mellom tjenestene slik at pasientene får en best mulig behandling og slik at en får bedre innsikt i hverandres erfaringer og kompetanse. Vi stilte spørsmål til helsepersonellet om hva de mener hemmer en god oppfølging av pasientgruppen, og vi fikk da følgende svar:

Tabell 7: Forhold som hemmer god oppfølging av kreftpasienter i prosent (N = 62)

<i>Jeg mener følgende forhold hemmer god oppfølging av kreftpasienter:</i>	Virker svært hemmende				Har ingen betydning	Ingen mening
forskjellige IKT-løsninger i sykehus og kommunehelsetjenesten	16	24	14	11	10	25
forskjellige medikamentskjema i sykehus og kommunehelsetjenesten	11	19	16	11	19	24
for lite direkte kommunikasjon mellom ansvarlig lege v/sykehuset og fastlege	22	29	19	5	3	22
tungvinte prosedyrer mht tilgang på journalopplysninger	26	31	11	7	5	21
for lite bruk av egenjournal	8	24	21	5	10	33
for lite bruk av individuell plan	10	15	19	16	7	34
ulik problemforståelse blant fagpersoner	16	24	18	14	6	22
kommunene mangler ordning med personlig koordinator for brukerne	16	16	13	5	3	48

Igjen er det relativt mange som gir uttrykk for at de ikke har noen mening om påstandene. Av de som har en mening er det i denne tabellen først og fremst to faktorer som skiller seg ut som sentrale. For det første blir det pekt på tungvinte prosedyrer med hensyn til tilgang til journalopplysninger og for det andre er de fleste enige om at det er for lite direkte kommunikasjon mellom ansvarlig lege ved sjukehuset og fastlege. Begge disse forhold peker på mangel på samhandling og mangelfull tilrettelegging for slik samhandling.

Ulike IKT-løsninger i sjukehus og kommunehelsetjeneste og ulik problemforståelse blant fagpersoner blir også trukket fram som problemer av relativt mange. Dette peker i retning av mangelfull koordinering og mangel på gode kommunikative prosesser basert på kunnskapsdeling og samhandling. Spørsmålet vi kan stille er hvordan det nye systemet med helhetlige pasientforløp vil innvirke på denne samhandlingen og hvilken type erfaringer og kompetanse som vil styre etableringen av disse. Er det først og fremst den sjukehusfaglige kompetansen som definerer disse forløpene, eller vil en også trekke med seg relevante erfaringer og kompetanse fra kommunehelsetjenesten?

For å finne svar på hvordan respondentene mener samhandlingen kan bli bedre har vi spurt dem om tiltak de mener kan være viktige blant annet i forbindelse med Samhandlingsreformen. Vi fikk da følgende svarfordeling:

Tabell 8: Hvilke tiltak kan bidra til mer helhetlige pasientforløp? Resultat i prosent (N=63)

<i>Jeg mener det er en god løsning at:</i>	Helt uenig				Helt enig	Ingen mening
sykehusansatte hospiterer i kommunehelsetjenesten	8	8	14	19	44	8
ansatte i kommunehelsetjenesten hospiterer i sykehusene	2	3	8	16	65	6
ansatte har delt stilling mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten	23	22	20	8	9	17
det etableres fadderordning for nyansatte helsepersonell	3	2	10	30	44	11
en opprettholder "Kreftforeningens R4 – nettverk" (helsepersonell med kreft som spesialkompetanse i aktuelle enheter i sykehuset og i kommunehelsetjenesten)	3	2	9	27	31	28
lærings- og mestringssentret brukes mer aktivt	5	3	14	28	36	14
det etableres flere felles møtearena for ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten	0	5	9	28	48	9
det etableres flere felles kurs/konferanser for ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten	3	2	9	25	58	3
det etableres faglig veiledning i tverrfaglige grupper felles for ansatte i sykehus og kommunehelsetjenesten	0	3	8	32	49	8

det satses på felles opplæringsplan for ansatte på sykehuset og i kommunehelsetjenesten innenfor enkelte områder mht kreftbehandling	0	6	13	22	45	14
en har oppdaterte felles nettsider for alle aktører	3	6	10	27	46	8
en samarbeider tettere med aktuelle forskningsmiljøer	3	3	8	28	44	14
en samarbeider tettere med undervisningsinstitusjoner	3	5	13	32	38	10

Nesten alle de påstandene vi kommer med om tiltak som kan bidra til mer helhetlige pasientforløp mener et flertall av respondentene kan virke positivt. Hospitering av tilsatte i kommunehelsetjenesten i sjukehusene kommer spesielt positivt ut. Det er også stor oppslutning om felles kurs og konferanser for ansatte i sjukehus og kommunehelsetjenesten og etablering av veiledning i tverrfaglige grupper felles for ansatte i de ulike tjenestene. Forslag om hospitering av sjukehusansatte i kommunehelsetjenesten blir også oppfattet som en god ide av de fleste ansatte, men det er likevel mindre oppslutning om dette enn forslaget om at ansatte i kommunehelsetjenesten skal hospitere i sjukehusene. Vi må her også ta med i betraktningen at nær halvparten av de som er med i undersøkelsen har vært innom kommunehelsetjenesten i lengre eller kortere perioder.

Tabell 9: Oppfatninger om helhetlige pasientforløp. I prosent (N = 63)

<i>Som ansatt opplever jeg at</i>	Helt uenig				Helt enig	Ingen mening
det er for mye fokus på forhåndsdefinerte pasientforløp	13	20	22	17	3	25
det er urealistiske forventninger til hva som kan oppnås med forhåndsdefinerte pasientforløp	5	13	19	13	13	39
forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene	3	11	22	32	13	19
forhåndsdefinerte pasientforløp vil gjøre tjenestene mindre tilpasset den enkeltes behov	6	13	25	19	13	24
motivasjonen for å samarbeide mer med kommunehelsetjenesten er høy	3	6	21	24	29	18
kompetansen mht å utarbeide forhåndsdefinerte pasientforløp er god	6	10	19	16	10	40
etablerte uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av kreftpasienter	13	13	27	16	16	17
stor arbeidsbelastning hindrer meg i å delta i arbeid med pasientforløp	3	11	11	24	32	18

Det er tydeligvis en viss usikkerhet blant mange av de spurte om hvordan de oppfatter helhetlige pasientforløp, og realismen i hva de kan oppnå med denne typen tiltak. Det er likevel slik at det er et klart flertall, av de som har en mening om saken, som er helt eller delvis enig i at helhetlige pasientforløp vil gjøre tjenestene bedre. Usikkerheten kommer blant annet til uttrykk ved at mange mener det er urealistiske forventninger til hva en kan oppnå med helhetlige pasientforløp og ved at mange mener uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av pasienter.

Som det går fram av tabellen, uttrykker et flertall av de spurte at de har høy eller relativt høy motivasjon til å samarbeide med kommunehelsetjenesten. Det kan innvendes mot dette at det er et spørsmål det er relativt uforpliktende å stille seg positiv til i en slik undersøkelse. Dette bekreftes gjennom svarene på spørsmålet om deltakelse i utviklingen av disse pasientforløpene. Her svarer et flertall at de grunnet stor arbeidsbelastning ikke kan ta del i utviklingen av slike pasientforløp.

9. Arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp

I august 2011 vedtok styringsgruppen forslaget fra prosjektgruppen om å starte ut med følgende tre pasientforløp:

- 1: Rehabilitering ved brudd i øvre lårbein (lårhalsbrudd)
- 2: pasienter med KOLS
- 3: Smertelindring cancer.

Vi har møtt som observatører i gruppene som arbeider med forløpene. Observasjonen så langt har vært knyttet til møtene i de to prosessgruppene som har kommet i gang med sitt arbeid. Arbeidene med å utforme pasientforløp har hatt følgende utgangspunkt:

Pasientforløp 1: Fra pasientene skrives ut fra sjukehuset og til de er ferdig rehabilitert (brudd i øvre lårbein).

Pasientforløp 2: Forebygge innleggelse på sjukehus samt stabilisere ved forverring (KOLS).

Kristiansund kommune er den eneste kommunen som har valgt å bruke samme person i alle prosessgruppene. Både helseforetaket og de øvrige kommunene bruker forskjellige personer i de to gruppene.

Prosessgruppen for pasientforløp 1 (startet november 2011). Tanken har vært at gruppen skulle bestå av representanter fra ulike profesjoner som fysioterapi, ergoterapi, sykepleie etc. Et viktig kriterium for deltakelse var interesse for å arbeide med dette feltet. Kommunene har selv fått avgjøre hvilke fagfolk de vil sende, dermed har gruppesammensetningen ikke blitt planmessig gjennomført. Gruppen består av tre fysioterapeuter og tre sykepleiere.

En av representantene har fortalt at hun er den tredje personen som ble spurt om å delta. Det kan tyde på at det har vært vanskelig å rekruttere deltakere i denne kommunen. Hvorvidt dette gjelder også de andre kommunene vet vi ikke noe om. Ulik fagbakgrunn har preget arbeidet i denne gruppen. Det skyldes at fysioterapeutene og sykepleierne har ulike roller, ansvar og nærhet til pasienten i et pasientforløp. Sykepleierne tar i mot pasientene fra sjukehuset og følger dem til situasjonen er avklart, mens fysioterapeutene som oftest har korte møter med pasienten i en opptreningssituasjon. Ergoterapifaget er ikke representert i gruppen.

Selv om fysioterapeutene bare møter i forbindelse med opptrening og rådgiving, er de likevel svært sentrale fagpersoner for denne pasientgruppen. En god kommunikasjon og samhandling mellom de ulike faggruppene vil derfor være svært avgjørende for et godt resultat. Arbeidet i gruppen har så langt avdekket at dette ikke alltid er tilfelle. Arbeidet i gruppen kan være med på å forbedre mulighetene for bedre samhandling, men dette forutsetter ikke bare at dette avleirer seg i de standardiserte pasientforløpene, men at dette også blir tilbakeført til den operative virksomheten i de ulike kommunene, slik at alle som jobber der blir bevisst utfordringene, og at det blir en del av de daglige rutinene.

Prosessgruppen for pasientforløp 2 (startet januar 2012). Denne gruppen består bare av sykepleiere og er derfor faglig sett en mer ensartet gruppe. Dette merkes på diskusjonen, selv om de ulike deltakerne har ulike erfaringer og kunnskaper om KOLS. Helseforetakets representant kommer fra Kristiansund sjukehus og har jobbet med pasientforløp for KOLS i egen organisasjon. Utfordringer i et pasientforløp for kronisk syke kolspasienter, er å definere når forløpet starter og når det slutter, siden disse pasientene aldri blir helt friske fra sykdommen sin. Målet blir å redusere forverring og sjukehusinnleggelse og å stabilisere

pasienten, altså et mer sirkulært forløp. Det har blitt brukt en del tid på å klargjøre mandatet og målet for gruppen.

10. Hvordan er koblingen mellom det som skjer i gruppene og det som skjer i kommunene?

Medlemmene har fått avsatt 20 % av stillingen sin øremerket arbeidet i prosessgruppen, dette omfatter også kontakt innad i egen kommune. I hvor stor grad det gis rom i hverdagen for å ta ut så mye tid, er et spørsmål vi ikke har svar på.

Det kommer fram at det er usikkerhet rundt egen rolle i prosjektet hos flere gruppemedlemmer, likeledes er de ikke helt sikre på hva som er mandatet. Det kan virke som om de ikke er tett knyttet opp til prosjektleder og den lokale prosjektgruppa i egen kommune, og at de derfor ikke har fått nødvendig informasjon om hva som forventes av dem, både med hensyn til tidsbruk og informantrollen. Dette er imidlertid noe vi må undersøke nærmere i den kommuneundersøkelsen vi planlegger gjennomført. Her kan det også være forskjeller mellom kommunene.

Gruppemedlemmene har ulike utfordringer med å nå sine kollegaer og andre i kommunen, med informasjonsutveksling fra pasientforløpsarbeidet. For eksempel har en av representantene prøvd to ganger å samle den kommunale prosjektgruppen for å informere om arbeidet i pasientforløp 1, men uten å lykkes. En tilbakemelding som kan forklare noe av problemet er at det er stadige bemanningsproblemer, særlig gjelder det fagfelt som ergoterapi/fysioterapi, der det kanskje bare er en person ansatt. Da er det vanskelig å sette pasientbehov til side for å delta på møter. Denne representanten har samtidig inntrykk av at kunnskap om arbeidet begynner å spre seg rundt om, bl.a. fordi hun snakker om det når anledningen byr seg i det daglige arbeidet. Dette er selvsagt positivt, men det virker kanskje litt tilfeldig.

Kristiansund ser ut til å lykkes bedre. Der har man greid å samle folk til felles møter. Større enheter med flere folk til å dekke opp, kan være noe av forklaringen. Samtidig er det særlig viktig at dette lykkes i Kristiansund, fordi representanten som deltar i alle prosessgruppene for Kristiansund kommune, ikke er direkte tilknyttet pleie- og omsorgsavdelingene, og man derfor kanskje ikke får den spredningseffekt som samhandling i det daglige arbeidet gir.

Det ser ikke ut til å være egnede arenaer i den enkelte kommune der arbeidet med pasientforløpene kan drøftes underveis. Dette kan påvirke hvordan prosessen med implementeringen av pasientforløpene vil fungere. Prosjektets styringsgruppe var opptatt av dette i møte 30. mars 2012, og ville ha fokus på dette på styringsmøtene framover. Man kan lett tenke seg at øverste ledelse og deres aktivering av mellomledelsens engasjement på de ulike nivåene nedover i organisasjonene vil være av betydning i en slik prosess. Det kom ikke fram at noen av dem hadde begynt dette arbeidet i egen kommune og tatt initiativ rundt dette vis à vis egne fagmiljøer. Det kan se ut som at man avventer at selve prosjektet skal ta fatt i denne utfordringen, eller at man skyver det fram i tid til pasientforløpene er klare for implementering.

Så langt kan det se ut som det er begrenset informasjonsflyt om prosjektet både mellom kollegaer og mellom faggrupper innad i kommunene. Det kommer særlig fram når gruppe medlemmene får i oppdrag å kartlegge ulike prosedyrer, samle kollegaer for tilbakemelding på ulike tema fra gruppearbeidet etc., i egen kommune. Særlig virker det som de minste kommunene sårbar.

Det kan også se ut som det er liten kontakt mellom de ulike gruppene i prosjektet. Det rapporteres i hvert fall ikke om en slik kontakt. Prosjektlederen blir den som utgjør bindeleddet og informerer om arbeidet i de ulike gruppene. Samtidig kan alle de fire gruppenivåene i prosjektet: styringsgruppe, prosjektgruppe, lokale prosjektgrupper og prosessgruppene, både samlet og hver for seg sees på som arenaer der kunnskap og erfaring innhentes og deles. Noe kunnskap og erfaring fra arbeidet vil naturlig spres over tid også ut fra disse gruppene, men det ser ikke ut til å være en systematisk tilnærming (utover den organisatoriske gruppestrukturen i prosjektet), der man gjør konkrete grep for å få til dette, verken i selve prosjektet eller innad i de kommunene som deltar. Det ser så langt ikke ut til å være særlig fokus på å foreta strukturelle grep som over tid kan institusjonalisere en kultur for læring og kunnskapsdeling (på kommunenivå).

Organisert kunnskapsdeling ser så langt ut til å være begrenset til det rent helsefaglige, der det blir prosessgruppene som særlig ivaretar kunnskapsdelingen. I disse gruppene kan man dele kunnskap, lære om hvordan de andre kommunene organiserer sitt arbeid, erfaringer de har gjort seg osv. Samtidig må gruppe medlemmene også tenke prosess. Dette fordi fokuset er håndtering av pasienter i et helhetlig forløp, altså hvordan få til gode prosesser når man skal

ivareta pasientens ulike, og kanskje sektorovergripende behov over tid. Man vil derfor i tillegg til faglig oppdatering kunne oppnå læring om hvordan en skal tenke prosess i nye pasientforløp.

Foreløpig er det ikke vist til hvordan sektoren som sådan skal kunne få del i denne kunnskapen verken i kommunene eller i helseforetaket. Det er derfor en fare for at kunnskapen blir personavhengig, knyttet til den som er utvalgt til å sitte i den enkelte prosessgruppen.

11. Hvordan karakterisere innovasjonsprosjektet så langt?

Utgangspunktet vårt i dette prosjektet har vært å se på i hvilken grad og på hvilken måte de prosessene som blir skapt rundt utvikling og iverksetting av samhandlingsreformen skaper grunnlag for nytenkning, læring og innovasjon. En viktig forutsetning for dette mener vi ligger i at det blir skapt gode arenaer for dialog og kunnskapsdeling, der ulike aktører kan delta og bidra med sine kunnskaper og erfaringer.

Samhandlingsreformen er en reform som tar sikte på å skape et mer helhetlig og sammenhengende system av helsetjenester, først og fremst basert på bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, slik at pasientene får et bedre og mer tilpasset tilbud, samtidig som en oppnår en mer effektiv ressursbruk. Dette er en politisk initiert reform, som vi også har karakterisert som en innovativ reform. Men denne reformen skal utvikles og initieres av kommuner og helseforetak, og det er derfor viktig å se på hva som skjer i disse prosessene.

Sentralt i reformen er etableringen av såkalte standardiserte helhetlige pasientforløp. Helhetlige pasientforløp er noe en har arbeidet med innen sjukehusene og spesialisthelsetjenesten i lang tid. Samhandlingsreformen har som målsetting å sørge for at det blir utviklet standardiserte pasientforløp også i forhold til oppfølging av pasientene etter at de blir utskrevet fra sjukehusene. På denne måten skal en prøve å bygge et helhetlig løp for ulike pasientgrupper fra de blir sjuke, gjennom behandling på sjukehus og eventuell rehabilitering og behandling i kommunehelsetjenesten. Selv om reformen derfor har sitt hovedfokus på kommunehelsetjenesten må en likevel skape en prosess som involverer både

spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Vi har ment det var viktig å fokusere på hvordan disse forløpene blir utviklet og hvordan de blir implementert. Fokus er på kommunene, og i dette tilfelle de samarbeidende kommunene i dette prosjektet, men vi har også sett på holdninger og oppfatninger i sjukehusene. Dette har vi gjort for å kunne si noe om motivasjonen for samarbeid, og for å kunne si noe om sjukehusenes oppfatninger om samarbeid og samhandling med kommunehelsetjenesten før samhandlingsreformen ble iverksatt.

Undersøkelsen i sjukehusene avdekker at de sjukehusansatte i all hovedsak ikke opplever at de har en omfattende og god samhandling med kommunene. De fleste vedgår også at de har liten eller ingen oversikt over det tilbudet kommuner i regionen gir den aktuelle pasientgruppen. På den annen side er de svært godt fornøyd med det tilbudet kreftpasientene får i dag, men dette er knyttet til det tilbudet pasienten får fra helseforetaket.

I undersøkelsen blir det også pekt på faktorer som i dag er hemmende i forhold til god oppfølging av kreftpasienter i samhandling mellom sjukehus og kommunehelsetjeneste. Her pekes det på flere faktorer, blant annet tekniske og formelle hindringer, men det pekes også på faktorer knyttet til ulike problemforståelser og liten direkte kommunikasjon mellom sjukehuslege og fastlege som svært viktig. For å få til bedre samhandling stiller et flertall seg positive til økt kontakt og kommunikasjon blant annet gjennom hospitering, faglige fellesarenaer og veiledning i tverrfaglige grupper.

Dette viser en motivasjon blant helsepersonellet i sjukehusene til å prøve å bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten for på den måten å realisere intensjonene med reformen. Det er imidlertid sterkt delte meninger om hvor godt egnet standardiserte helhetlige pasientforløp er til å realisere denne samhandlingen, selv om relativt mange mener forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene. Det er likevel slik at det er flere som mener de uformelle nettverkene er viktige enn det er som framhever de mer formaliserte prosedyrene.

Totalt viser dette at det tidligere systemet ikke fungerte tilfredsstillende og at det blir gitt uttrykk for et ønske om forbedringer. Samtidig er det ting som tyder på at helsepersonellet ved sjukehusene i utgangspunktet er lite engasjert i prosesser som er knyttet opp mot samhandlingsreformen og denne reformen sine intensjoner. For det første mener de fleste at

de har altfor stor arbeidsbelastning til å delta i arbeidet med utvikling av helhetlige pasientforløp, og for det andre mener et flertall at den samhandlingsavdelingen som er opprettet ved helseforetaket ikke er noen viktig bidragsyter i arbeidet med kreftpasienter. Så selv om de er positive til mer samhandling virker det som det er et labert engasjement blant mange i forhold til å aktivisere seg i den konkrete reformen.

Prosjektet vi studerer ble initiert av administrative ledere i kommunene, altså på rådmannsnivå. Politikerne har vært lite synlige gjennom hele prosessen, bortsett fra at de har blitt informert om framdriften, og har måttet ta stilling til økonomiske sider ved prosjektet.

Styringsgruppa har hele tida vært opptatt av at dette ikke skulle være en rent administrativ prosess, men en prosess der det operative nivået i kommunene måtte trekkes med fra første dag, siden det er disse som i siste instans skal realisere intensjonene med reformen. Derfor var det viktig å få disse med på oppstartkonferansen, og derfor ble det også opprettet en prosjektgruppe for hele prosjektet og prosjektgrupper i hver enkelt kommune. Aller viktigst i forhold til å gjøre prosjektet operasjonelt, er de prosessgruppene som har blitt opprettet for å arbeide med utvikling av helhetlige pasientforløp. En utfordring i disse gruppene er for det første hvordan en skal sikre seg at gruppene og gruppe medlemmene representerer den relevante bredden i forhold til erfaringer og kunnskaper. Dette er viktig for å sikre god erfaringsutveksling og kunnskapsdeling, som igjen kan danne grunnlag for læring og nytenkning. Det er også en utfordring med tilbakeføring av informasjon til kommunene, og spesielt til det operative feltet der. Våre data så langt tyder på at det her er rom for forbedringer. Det skjer ikke en systematisk erfaringsutveksling i alle kommunene, selv om det kan skje en erfaringsutveksling basert på en litt tilfeldig uformell informasjonsutveksling. Hvordan dette faktisk oppleves i den enkelte kommune har vi foreløpig ikke spesielt gode data på. Dette er forhold det er viktig å følge opp, både av den enkelte kommune, de ulike prosjektgruppene og av ledelsen av prosjektet ved styringsgruppen. Hvordan dette faktisk gjøres og oppleves av den enkelte kommune og av de enkelte medarbeiderne er viktig i forhold til den strategien som er lagt av prosjektledelsen. Dette er problemstillinger vi vil følge opp i det videre arbeidet med prosjektet.

12. Noen avsluttende kommentarer og nye forskningsspørsmål

Samhandlingsreformen generelt og innovasjonsprosjektet spesielt inneholder en rik kolleksjon av beslektede honnørord som samordning, samarbeid, samhandling, helhet, deling og praksisfellesskap. Vi ser det som vesentlig å identifisere og klargjøre hvilke problemforståelser som gis forrang og hvilke som lett kan ”forsvinne” i denne type beskrivelser. På bakgrunn av de diskusjonene som har vært ført og de valg og avgrensninger som har vært foretatt, synes følgende hensyn å ha blitt vektlagt:

- Kvantitet – valg ut fra data om pasientstrømmer
- Pragmatiske hensyn – sikre håndterlige prosjekt og en viss variasjon i type forløp

De valgene som er foretatt, synes å være godt egnet til å realisere prosjektets intensjoner om å utvikle breddestrategier forstått som en enkel og praksisnær modell som kan utbygges i de fleste kommuner. Samtidig ser vi at ved å velge tre pasientforløp med utgangspunkt i spesifikke diagnoser, framstår spesialisthelsetjenesten som forbilde både når det gjelder problemforståelse og løsningsstrategier. Hvorvidt opplæring og bruk av disse pasientforløpene representerer en ensidig eller tosidig overføring av kunnskap mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenivået, gjenstår å se.

Styringsgruppen framstår som ”motor” i arbeidet med initiering og etablering av både form og innhold i prosjektet fram til sommeren 2011. Deretter har det operative nivået i kommunene og helseforetaket kommet sterkere med, og vi ser at det ved inngangen til 2012 har skjedd en aktivisering og desentralisering av arbeidet.

Prosjektarbeid reiser klassiske spørsmål om forhold mellom basis- og prosjektorganisasjon, og i vårt tilfelle er disse utfordringene spesielt komplekse, siden en har vertikale og horisontale samhandlingsbehov både innad i den enkelte kommune, mellom de fem deltakende kommunene og mellom helseforetak og kommuner.

Vår forskning har så langt vært konsentrert om utviklingen av de tre helhetlige pasientforløpene. Sentrale forskningsspørsmål i fortsettelsen vil være knyttet til iverksettelsesprosessene eller det vi her kaller *institusjonalisering av innovasjonene*. Vi stiller spørsmål om hvilke organisatoriske utfordringer som er knyttet til innovasjoner i form av helhetlige pasientforløp. Begrepet ”samhandlingskommunen” står sentralt i det videre

arbeidet. I dette ligger en forståelse av at den etablerte kommuneorganisasjonen med vekt på resultatenheter med utstrakt operativ frihet, utfordres av kravene om både vertikal og horisontal samordning av arbeidet med helhetlige pasientforløp. Her vil både den interne arbeids- og ansvarsfordelinga i den enkelte kommune (horisontalt og vertikalt), mellom de samarbeidende kommunene og mellom kommuner og helseforetak bli utfordret.

Videre kan vi se på begrepet ”samhandlingskommunen” i lys av internasjonale trender og erfaringer. De ulike komponenter som nevnes i samhandlingsmeldingen er inspirert av hva som har blitt gjort – og hva som gjøres i andre land. I meldingen nevnes det en rekke land, men en type organisasjon ser ut til å ha gjort inntrykk: Integreerte primærhelseorganisasjoner (Simoens & Scott 2005). Ulike eksempler på slike typer organisasjoner internasjonalt er Kaiser Permanente i USA og engelske og skotske lokale helsepartnerskap.

Institusjonsprosjektet har gitt mulighet til å sette lokalt innovasjonsarbeid inn i en større teoretisk og samfunnsmessig sammenheng. For å forstå betingelsene for at denne type innovasjoner skal lykkes, vil det være av stor betydning å få anledning til å studere iverksettingsprosessene. Her tenker vi oss rimelig detaljerte studier på kommunenivå:

- Hvordan er arbeidet koblet til den organisatoriske og politiske konteksten i kommunene? Vi er spesielt opptatt av å studere hvordan iverksettingen av de tre pasientforløpene påvirkes av møtet mellom desentraliserte kommunale organisasjonsformer preget av fristilte resultatenheter og innovasjonsprosjektets intensjoner om økt horisontal og vertikal samordning.
- Hvilke arenaer blir skapt for læring og innovasjon? Hva er det som kjennetegner disse arenaene når det gjelder deltakelse og problemoppfatninger?
- Er det slik at noen har større definisjonsmakt enn andre eller er det slik at dette er en helt åpen prosess der ulike erfaringer og kunnskaper blir vurdert?
- Komparativt perspektiv på helseinnovasjoner: Hva er likheter og forskjeller mellom ”Samhandlingskommunen” og de lokale skotske helsepartnerskapene. Skottland er likere Norge enn England når det kommer til størrelse. Størrelse som betingelse har vært holdt fram som av betydning for at man i Skottland og England beveger seg i ulik

retning med henblikk på helseorganisering. Aktuelle dimensjoner: bakgrunn, utforming av de nye lokale enhetene, samarbeid kommuner/regioner og helsevesen.

Alt dette vil være viktig å få svar på for å kunne si noe om hvordan innovasjonene blir institusjonalisert i de involverte kommunene. Metodisk vil disse problemstillingene belyses gjennom en videreføring av det forskningsdesignet som er brukt i studien av utviklingen av de tre pasientforløpene.

Referanser

Bjarnar, O., Amdam R. P. and Gammelsæter H. (2001): Management Qualification and Dissemination of Knowledge in Regional Innovation Systems. The Case of Norway 1930s-1990s., *Journal of Industrial History*, Vol. 4, No. 2

Fagerberg J., Mowery D. C. and Verspagen B (2009): Introduction: Innovation in Norway, I Fagerberg J., Mowery D. C. and Verspagen B. (eds.) *Innovation, Path Dependency and Policy*, Oxford: Oxford University Press.

Fonseca, José (2002): *Complexity and Innovation in Organizations*, London: Routledge.

Goodwin, N. et al (2004) Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from other Sectors. *Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)*. London:NCCSDO

Johnson B., E. Lorentz and B.-Å. Lundvall (2002):Why all this fuss about codified and tacit knowledge? *Industrial and Corporate Change*, April: 245–56

Kanter, Rosabeth M. (1988): When a Thousand Flowers Bloom: Structural, Collective, and Social Conditions for Innovation in Organizations'. *Research in Organizational Behaviour*, 10, 169-211.

Lam A. (2005): “Organisational innovation”, kapittel 5 i Fagerberg J., Mowery D. C. and Nelson R. R. (eds.), *The Oxford Handbook of Innovation*, Oxford, Oxford University Press

Lam A. (2000): Tacit Knowledge, Organizational Learning and Societal Institutions: An Integrated Framework, *Organization Studies* 21/3

Lundvall B.-Å. And Johnson B. (1994): The Learning Economy, *Journal of Industrial Studies* 1:23–42

Nonaka, Ikujiro (1994): ”A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation”, *Organization Science*, Vol 5, no 1, 1994.

Nonaka I. and Takeuchi H. (2005): *The Knowledge – Creating Company*, Oxford University Press, Oxford and New York

McLoughlin, I. og Harris, M. (1997): “Introduction: Understanding innovation, organisational change and technology”, i McLoughlin, I. og Harris M. (red.), *Innovation, Organization Change and Technology*, International Thompson Business Press.

Polanyi M. (1966): *The Tacit Dimension*, London

Rønhovde, Lars: *Innovasjon og kommunikasjon i resultatkommunen*. I H. Torsteinsen: Resultatkommunen. Universitetsforlaget 2012 (kommer august).

Schumpeter, Joseph (1934): *The Theory of Economic Development: an inquiry into profits, capital, credit, interest and the business cycles*, Boston: Harvard University Press.

Senge, Peter (1990): *The Fifth Discipline*, New York: Doubleday.

Simoens, S. & A. Scott (2005): Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why? *Health Services Management Research* 18,1,25-40

St.meld.nr.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Teigen, Håvard (2004): “Kollektivt entreprenørskap; eit alternativ også for framtida?” i P.Arbo og H.Gammelsæter (red.) *Innovasjonspolitikken scenografi*, Tapir.

Van de Ven, A. H.; D. E. Polley; R. Grarud and S. Venkantaraman (1999): *The Innovation Journey*, Oxford, Oxford University Press.

Åhgren, B (1999) *Vårdkedjan. Vårdkonsumerism och patientfokusering processinriktad sjukvården*. Lund: Studentlitteratur

Åhgren, B. (2001) Chains of care: a counterbalance to fragmented health care, *Journal of Integrated care pathways* 5, 126-132



Høgskolen i Molde
PO.Box 2110
N-6402 Molde
Norway
Tel.: +47 71 21 40 00
Fax: +47 71 21 41 00
post@himolde.no
www.himolde.no



Møreforsking Molde AS
Britvegen 4
N-6411 MOLDE
Norway
Tel.: +47 71 21 42 90
Fax: +47 71 21 42 99
mfm@himolde.no
www.mfm.no